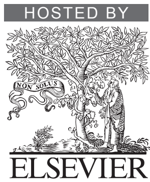
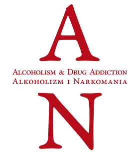
Alcoholism and Drug Addiction / Alkoholizm i Narkomania 27 (2014) 325–331



Available at www.sciencedirect.com
ScienceDirect
journal homepage: www.elsevier.com/locate/alkona



Artykuł oryginalny/Original article

Rola impulsywności, lęku oraz poczucia własnej skuteczności u osób uprawiających hazard problemowo

The role of impulsivity, anxiety and generalised self-efficacy in problem gambling

Lucyna Golińska

Społeczna Akademia Nauk, Instytut Psychologii Stosowanej, Łódź, Polska

ARTICLE INFO

Historia artykułu / Article history
Otrzymano / Submitted: 26.04.2014
Przyjęto do druku/Accepted: 20.10.2014

Keywords:
Problem gambling
Impulsivity
Anxiety

ABSTRACT

Introduction. The aim of the study was to assess the role of impulsivity, anxiety and self-efficacy as predictors of problem gambling.
Methods. In the study the following methods were used:
- Polish adaptation of Impulsive Behaviour Scale (UPPS) by Whiteside & Lynam
- State-Trait Anxiety Inventory by Spielberger
- Generalised Self-Efficacy Scale (GSES) by Schwarzer, Jerusalem and Juczyński
- Canadian Problem Gambling Index (CPGI)

One hundred fifty seven men were evaluated. There were four groups of subjects: 1) patients with problem gambling, 2) patients with problem gambling and alcohol dependence (dual diagnosis), 3) patients with alcohol dependence and 4) non-dependent persons.
Results. Patients with problem gambling and alcohol dependence have a similar level of urgency to patients with problem gambling and significantly higher than patients with alcohol dependence and the non-dependent persons. Higher urgency as well as lack of premeditation confirms the higher level of impulsivity among persons with problem gambling and those with dual diagnosis.The level of anxiety is similar in the group of persons with problem gambling and alcohol dependence and significantly higher in comparison with the non-dependent group. The level of self-efficacy is significantly lower among patients with problem gambling or alcohol dependence. Anxiety as a trait is the predictor of problem gambling. The role of impulsivity as the predictor has not been directly confirmed but urgency is the predictor of anxiety.
Conclusions. The observed relationship indicates the usefulness of therapy and prevention focused on helping patients with problem gambling or alcohol dependence to cope with anxiety and the need to individualise the treatment process due to the pathogenesis of problem gambling.

Słowa kluczowe:
problemowy hazard
impulsywność
lęk

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Celem badań było sprawdzenie roli impulsywności i lęku, a także poczucia własnej skuteczności, jako predyktorów problemowego hazardu.
Metoda. W badaniu zastosowano:
- Polską adaptację skali UPPS (Urgency, Premeditation Perseverance, Sensation seeking) Whiteside'a i Lynama do pomiaru impulsywności

Adres do korespondencji:
ul. Wojewódzkiego 1 m. 5, 92-446 Łódź, Polska, tel. 606 414 9836
e-mail: lgolinska@poczta.onet.pl

- Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) Spielbergera
- Skalę Uogólnionego Poczucia Własnej Skuteczności (GSES) według Schwarzera, Jerusalem i Juczyńskiego
- Kanadyjski Indeks Problemowego Hazardu (CPGI).

Badaniu zostało poddanych 157 mężczyzn zaliczonych do jednej z czterech grup: 1. osób uprawiających problemowo hazard, 2. osób z podwójną diagnozą (problemowo uprawiających hazard i uzależnionych od alkoholu), 3. osób uzależnionych od alkoholu oraz 4. osób nieuzależnionych (grupa kontrolna).

Wyniki. Najwyższa popędliwość (*urgency*) charakteryzuje grupę osób z podwójną diagnozą i jest najbardziej zbliżona do nasilenia tej tendencji w grupie osób uprawiających problemowo hazard oraz istotnie wyższa w porównaniu z dwoma pozostałmi. Wyższa popędliwość oraz niższy poziom przezorności (*premeditation*) – potwierdzają istotnie wyższą impulsywność w obu grupach uprawiających problemowo hazard w porównaniu z pozostałymi. Osoby z trzech grup: uprawiające problemowo hazard, z podwójną diagnozą i uzależnione od alkoholu wykazują podobny poziom lęku i jest on istotnie wyższy w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej. Poczucie własnej skuteczności jest istotnie niższe wśród osób z podwójną diagnozą. Predyktorem problemowego hazardu jest lęk jako cecha. Żaden z wymiarów impulsywności nie pełni tej roli bezpośrednio, jednakże popędliwość pozostaje z nim w ścisłym związku.

Wnioski. Stwierdzona zależność wskazuje na przydatność pracy terapeutycznej i profilaktycznej skoncentrowanej na radzeniu sobie z lękiem przez pacjentów uprawiających problemowo hazard, jak również na potrzebę zindywidualizowania procesu terapeutycznego ze względu na patogenezę problemu hazardowego.

Wprowadzenie

Uzależnienia behawioralne to przymus wykonywania pewnych czynności [1] pojawiających się w normalnym funkcjonowaniu jednostki, których intensywność bądź/i częstotliwość prowadzą do różnych negatywnych konsekwencji osobistych i społecznych, a wykonująca je osoba nie potrafi – mimo prób – powstrzymać się od ich wykonywania. Według Orforda [2, 3], określone, powtarzane zachowanie można uznać za uzależnienie, jeżeli spełnione są cztery kryteria: wykonywanie tej czynności powoduje zmianę stanu emocjonalnego, zatem pełni funkcję regulatora nastroju i doświadczanych emocji; odbywa się przy zaburzonej świadomości, co uniemożliwia jej zatrzymanie, gdy czynność została podjęta; zachowanie to budzi w podmiocie poczucie winy i wstydu, zatem jest ukrywane i rozpoznawane jako niekorzystnie świadczące o danej osobie; stanowi zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia. Takie kryteria według Orforda [4] spełnia hazard.

W świetle ustaleń DSM-5 [5] jedynie patologiczny hazard został uznany za zaburzenie nałogowe i umieszczony w klasie „zaburzeń nałogowych” (*addictive disorders*) razem z „zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych”.

Hazard to wszelka forma gry o pieniądze, o wyniku której decyduje przypadek. Takie możliwości dają automaty, kasyna, gra w totolotka, zdrapki, wysyłanie SMS-ów, gra na giełdzie, gry internetowe i inne. Gry w fazie początkowej są zazwyczaj traktowane jako forma spędzania wolnego czasu, jednakże u niektórych osób gra staje się czynnością przymusową prowadzącą do pojawienia się zachowań diagnozowanych jako hazard problemowy bądź patologiczny. Rozpoznanie hazardu patologicznego – zgodnie z opisem w DSM-5 – wymaga spełnienia co najmniej 4 spośród podanych niżej zachowań związanych z uprawianiem hazardu:

- odczuwanie potrzeby grania z podnoszeniem stawek pieniędzy w celu osiągnięcia oczekiwanego pobudzenia;
- podenerwowanie lub poirytowanie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania;
- powtarzające się podejmowanie bezskutecznych wysiłków, aby ograniczyć, kontrolować lub całkowicie porzucić grę hazardową;
- zaabsorbowanie hazardem (w tym przypominanie sobie wcześniejszych doświadczeń związanych z graniem), odgrywaniem się lub planowaniem następnej gry, myśleniem, jak zdobyć pieniądze na hazard itp.;
- traktowanie gry jako sposobu ucieczki przed problemami lub sposobu na poprawienie złego samopoczucia (np. uczucia bezradności, winy, lęku, depresji);
- podejmowanie prób odegrania się po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze;
- okłamywanie w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego hazardowego grania;
- utrata lub narażenie na szwank, z powodu zaangażowania w hazardowe granie, ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp.;
- szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej hazardowym graniem.

Blaszczynski i Nower [6] wyróżniają wśród osób uprawiających hazard problemowo trzy podgrupy: behawioralną (*behaviourally conditioned*), emocjonalną (*emotionally vulnerable*) i antysocjalną/impulsywną (*antisocial, impulsivist*). Pierwsza z nich obejmuje osoby, które nauczyły się zachowania nastawionego na gry najczęściej w efekcie modelowania przez środowisko. Druga to jednostki o dużej wrażliwości emocjonalnej, zwłaszcza w zakresie doświadczania tzw. trudnych emocji, takich jak lęk, smutek, żal, wstyd i trudności w radzeniu sobie z nimi. Gra staje się dla nich skutecznym sposobem zmiany nastroju, który odwodzi uwagę od pierwotnych źródeł „trudnych” emocji i budzi nadzieję na sukces. Wreszcie trzecia podgrupa obejmuje osoby o wysokim zapotrzebowaniu na stymulację, ryzyko, najczęściej z wyraźnie zaznaczonymi właściwościami osobowości antysocjalnej i słabej emocjonalności interpersonalnej. Podobne kategorie podają Alvarez-Moya i wsp. [7] na podstawie badań klinicznych grupy 1171 osób zdiagnozowanych jako uprawiające hazard patologicznie.

Jedną z cech różnicujących wymienione typy osób uprawiających hazard jest poziom impulsywności podkreślany także przez innych badaczy [8, 9] jako czynnik patogenetyczny. Według Eysencka [10, 11], impulsywność to cecha określająca stałą skłonność do podejmowania ryzyka, działań niezaplanowanych, szybkiego podejmowania decyzji i realizacji działań bez oceny sytuacji i konsekwencji, niejako poza świadomością.

Blaszczynski i Nower [6, 12] traktują impulsywność jako cechę osobowości, której wyrazem jest przesadna wrażliwość na pozytywne cele i potrzeba natychmiastowej gratyfikacji, obniżenie wrażliwości na negatywne konsekwencje zachowania, gwałtowne i nieplanowane reakcje na bodźce przed skompletowaniem informacji, a także brak baczenia na długoterminowe konsekwencje. Whiteside i Lynam [13], autorzy metody do pomiaru impulsywno-

ści (UPPS), wymieniają cztery czynniki znamienne dla zachowań impulsywnych, są to: popędliwość (*urgency*), niski poziom przezorności (*lack of premeditation*) i wytrwałości (*lack of perseverance*) oraz poszukiwanie doznań (*sensation seeking*).

Popędliwość to tendencja do doświadczania silnych impulsów, często w warunkach negatywnego afektu, co prowadzi do szybkich i gwałtownych zachowań. Przejawem popędliwości jest trudność w zapanowaniu nad popędami, w samokontroli i w utrzymaniu podjętych postanowień, a także podejmowanie pewnych działań mimo ich negatywnych następstw.

Przezorność oznacza skłonność do myślenia i refleksji nad konsekwencjami aktywności przed jej podjęciem. W impulsywności znamienny jest niski poziom przezorności, co świadczy o niskiej refleksyjności i sprzyja podejmowaniu działań bez zastanowienia nad konsekwencjami.

Wytrwałość wyraża się indywidualną zdolnością do koncentracji na zadaniu, nawet gdy jest ono nudne lub trudne. Osoby o niskich wynikach (brak wytrwałości) nie są wytrzymałe w zadaniach monotonnych bądź wymagających odporności na dystraktory.

Poszukiwanie doznań to dążenie do form aktywności, które są odbierane jako ekscytujące, oraz otwartość na nowe doświadczenia, nawet jeżeli są niebezpieczne. Wskaźnikiem wysokiej impulsywności jest popędliwość oraz potrzeba doznań, a także niski poziom (brak) przezorności oraz brak wytrwałości.

W badaniach przedstawionych przez Ledgerwooda i Petry [8] sprawdzany był związek hazardu z impulsywnością oraz lękiem. Hazardzistów emocjonalnych charakteryzuje wysoki poziom lęku/depresji oraz wysoki poziom impulsywności, antysocjalnych – wysoki poziom impulsywności, przy jednoczesnym niskim poziomie lęku, behawioralnych zaś – niski poziom obu ww. czynników.

Wymienione wyżej trzy kategorie osób uprawiających hazard problemowo [6] wskazują na odmienne zapotrzebowania realizowane podczas gry. W związku z tym pojawiło się pytanie, który ze składników impulsywności odgrywa rolę predyktora w uprawianiu hazardu problemowo? Badacze problemu Ledgerwood i Petry [8] zwracają uwagę na szczególnie niekorzystny układ współwystępowania impulsywności i podatności na doświadczanie negatywnych emocji. Pojawia się kolejne pytanie, jaką rolę odgrywa lęk jako cecha, rozumiany [14] jako względnie stała właściwość jednostki związana z tendencją do reagowania lękiem na sytuacje spostrzegane jako zagrażające. Lęk, jako cecha, jest również definiowany przez ogólnie rozumiane „martwienie się" oraz silną reakcję emocjonalną w odpowiedzi na stres. Ważne było nie tylko sprawdzenie roli tej zmiennej jako czynnika sprzyjającego pojawieniu się problemu związanego z hazardem, ale też sprawdzenie interakcji impulsywności i lęku.

Zgodnie z teorią społeczno-poznawczą, zachowaniem człowieka kierują oczekiwania dotyczące sytuacji, możliwego do uzyskania wyniku oraz poczucie własnej skuteczności (*self-efficacy expectancies*). Poczucie własnej skuteczności [15, 16] wyraża subiektywny obraz kompetencji jednostki, jej możliwości przeprowadzenia zamierzonych działań.

Osoby uprawiające hazard problemowo, mimo licznych nieuniknionych porażek w grze, są głęboko przekonane, że uda im się pokonać przypadek i znaleźć sposób na pokonanie losu; doszukują się u siebie rozwijania szczególnych umiejętności gry. Przypuszczalnie wiele spośród tych przekonań wiąże się z błędnym procesem przetwarzania informacji, a także wybiórczym traktowaniem doświadczeń (ze szczególną skłonnością do pamiętania sukcesów i pomijania porażek, czyli zafałszowywania doświadczenia) [17, 18]. Pojawia się więc pytanie o ich poziom poczucia własnej skuteczności.

Cele badań

Ponieważ istnieje wiele istotnych analogii między problemowym uprawianiem hazardu a uzależnieniami od substancji chemicznych, istotne było sprawdzenie ewentualnej specyfiki osób uprawiających problemowo hazard na tle osób uzależnionych od alkoholu, jak również osób z podwójną diagnozą. Celem badań było sprawdzenie:

1. Czy istnieją różnice pomiędzy osobami uprawiającymi hazard problemowo, osobami uzależnionymi od alkoholu, osobami zarówno uprawiającymi hazard problemowo, jak i uzależnionymi od alkoholu (z podwójną diagnozą) oraz osobami, które nie są uzależnione od alkoholu i nie uprawiają problemowo hazardu?
   1.1. w poziomie poszczególnych wymiarów impulsywności: popędliwości, przezorności, wytrwałości i poszukiwania doznań,
   1.2. w intensywności lęku jako cechy,
   1.3. w ocenie globalnego poczucia własnej skuteczności.
2. Czy impulsywność, a także cecha lęku i poczucie własnej skuteczności pełnią funkcję predyktora uprawiania hazardu problemowo?
3. Czy impulsywność pozostaje w związku z lękiem i poczuciem własnej skuteczności?

Zgodnie z przedstawionymi na wstępie wynikami wcześniejszych badań nad osobami uprawiającymi problemowo hazard, mając na względzie przypisywanie im wyższej impulsywności, a także tezy o związku między lękiem i impulsywnością oraz o specyfice irracjonalnych przekonań, które utrzymują osoby uprawiające problemowo hazard w ich przekonaniu o wygranej, postawiono następujące hipotezy:

1.1. osoby uprawiające problemowo hazard, jak również osoby z podwójną diagnozą (to jest uprawiające problemowo hazard, a także uzależnione od alkoholu) charakteryzuje wyższy poziom impulsywności w porównaniu z osobami uzależnionymi od alkoholu i osobami nieuzależnionymi.
Popędliwość i potrzeba doznań (wymiary impulsywności) wśród osób uprawiających problemowo hazard oraz osób uprawiających problemowo hazard i uzależnionych od alkoholu są istotnie wyższe, zaś przezorność i wytrwałość istotnie niższe – w porównaniu z osobami nieuzależnionymi i uzależnionymi od alkoholu.

1.2. lęk jako cecha w wyższym nasileniu charakteryzuje osoby uprawiające problemowo hazard lub z podwójną diagnozą, bądź uzależnione od alkoholu w porównaniu z osobami nieuzależnionymi.
Przedstawiona wyżej analiza przekonań osób uprawiających problemowo hazard wskazuje na niejednoznaczność co do poziomu poczucia własnej skuteczności, jak też roli tej zmiennej. Stąd spodziewano się, że:

1.3. poczucie własnej skuteczności w odczuciach osób uprawiających problemowo hazard jest zbliżone do oceny dokonywanej przez osoby nieuzależnione i wyższe niż w ocenie osób uzależnionych od alkoholu i osób z podwójną diagnozą.

2. Funkcje predyktora w uprawianiu problemowego hazardu pełni popędliwość, potrzeba doznań i lęk jako cecha.

3. Lęk jako cecha pozostaje w pozytywnym związku z popędliwością oraz w negatywnym z przezornością i poczuciem własnej skuteczności.

Metoda

Osoby badane

Badanymi były osoby dorosłe dobrowolnie zgłaszające się na leczenie z powodu problemów związanych z hazardem, które zgodziły się na udział w prezentowanych badaniach. W badaniach zastosowano nieinwazyjne metody, które nie zawierały pytań intruzyjnych czy zagrażających, natomiast dostarczały dodatkowych informacji przydatnych do poszerzenia diagnozy i terapii. Badanie

było przeprowadzone zgodnie z ogólnymi zasadami badań naukowych, w tym z zasadami Deklaracji Helsińskiej. Badanie dotyczyło 157 mężczyzn przynależnych do jednej z czterech grup: 1) osób uprawiających hazard problemowo (64 osoby), 2) uzależnionych od alkoholu (30 osób), 3) z podwójną diagnozą, czyli uprawiających hazard problemowo, a także uzależnionych od alkoholu (23 osoby) oraz 4) osób nieuprawiających hazardu problemowo i nieuzależnionych od alkoholu (40 osób). Ta ostatnia grupa, pełniąca w badaniach rolę grupy kontrolnej, w dalszej części tekstu będzie nazywana grupą osób nieuzależnionych.

Osoby uprawiające hazard, a także osoby uzależnione od alkoholu były poddane badaniu w trakcie realizacji własnej terapii, jako pacjenci ośrodków terapii uzależnień[1]. W grupie osób zgłaszających się z problemem związanym z hazardem, w tym także tych z dodatkowym problemem alkoholowym, do pomiaru zastosowano Kanadyjski Indeks Problemowego Hazardu (CPGI). Uzyskane wyniki wskazywały na hazard problemowy. Natomiast problem alkoholowy był diagnozowany na podstawie kryteriów podanych w ICD-10. Grupę osób nieuzależnionych stanowili mężczyźni, którzy, zgodnie z ich oceną, nie mieli problemów z uzależnieniem i wyrazili zgodę na wzięcie udziału w badaniach. Ich udział był dobrowolny, rekrutacja odbywała się metodą „kuli śniegowej". Zwracano uwagę, by rozkład wieku i wykształcenia w tej grupie był wyrównany w stosunku do rozkładu w pozostałych grupach.

Średnia wieku badanych wynosiła niemal 40 lat (39,6) i była zbliżona w trzech badanych grupach, natomiast średnia wieku osób uzależnionych od alkoholu była istotnie wyższa i wynosiła 46 lat. Badani najczęściej podawali, że mają wykształcenie średnie, natomiast w grupie osób z podwójną diagnozą równie częste było wykształcenie średnie i zawodowe.

Narzędzia badawcze

Zastosowano następujące narzędzia:

1. **Skala Impulsywności** (UPPS) Whiteside'a i Lynama [13] w polskiej adaptacji Golińskiej [19]. Skala zawiera 45 stwierdzeń i służy do pomiaru czterech aspektów impulsywności: Popędliwości (*Urgency*), braku Przezorności (*lack of Premeditation*), braku Wytrwałości (*lack of Perseverance*), Poszukiwania doznań (*Sensation seeking*).
2. **Inwentarz Stanu i Cechy Lęku** (STAI) Spielbergera w polskiej adaptacji Sosnowskiego i Wrześniewskiego [14, 20]. Skala zawiera 20 stwierdzeń dotyczących podatności na doświadczanie lęku, a także na zabarwienie nastroju napięciem i niepokojem.
3. **Skala Uogólnionego Poczucia Własnej Skuteczności** według Schwarzera, Jerusalem i Juczyńskiego [16]. Zawiera 10 stwierdzeń sprawdzających zgeneralizowane przekonanie na temat swojej skuteczności w działaniu w sytuacjach stresowych, nieprzewidzianych i trudnych.
4. **Kanadyjski Indeks Problemowego Hazardu** (CPGI) [1]. Zawiera dziewięć stwierdzeń pozwalających ocenić intensywność problemu hazardowego. Wynik w granicach 8–27 punktów jest traktowany jako wskaźnik prawdopodobieństwa hazardu problemowego. Osoby badane odpowiadały też na pytanie o współwystępujące uzależnienia.

Metody analizy danych

Wszystkie analizy statystyczne były wykonywane z wykorzystaniem programu SPSS. Zastosowano jednoczynnikową ANOVA, korelację Pearsona oraz regresję liniową z krokowym wprowadzaniem zmiennych wyjaśniających.

Wyniki

Najwyższa popędliwość charakteryzuje grupę osób z podwójnym rozpoznaniem, najniższa – osoby nieuzależnione. Natomiast w dwóch pozostałych grupach nasilenie tej tendencji jest zbliżone (Tab. I).

Potrzeba doznań jest najsilniej zaznaczona w odczuciach osób z podwójnym rozpoznaniem. Istotna różnica pojawia się tylko przy porównaniu ich zapotrzebowania z potrzebą doznań osób uzależnionych od alkoholu, które charakteryzuje najniższy poziom badanej zmiennej.

W badanych grupach przezorność osób nieuzależnionych jest istotnie wyższa (Tab. I) w porównaniu z grupami osób uprawiających hazard problemowo, ale zbliżona do nasilenia tej tendencji wśród osób z uzależnieniem od alkoholu. Można zatem uznać, że obie grupy, tj. osoby uprawiający hazard problemowo, a także pacjenci z podwójną diagnozą, wykazują relatywnie niższy poziom przezorności związanej z przewidywaniem następstw podjętych działań. Wytrwałość jest podobna we wszystkich czterech grupach. Wyższa popędliwość i potrzeba doznań oraz niższy poziom przezorności potwierdzają istotnie wyższą impulsywność w obu grupach osób uprawiających problemowo hazard – w porównaniu z pozostałymi.

Lęk jako cecha w odczuciu osób nieuzależnionych występuje na istotnie niższym poziomie (Tab. I) niż u osób z pozostałych trzech grup. Grupa osób uprawiających problemowo hazard i grupa osób uzależnionych od alkoholu wykazują podobny poziom lęku i jest on istotnie niższy w porównaniu z poziomem doświadczanym przez osoby, które uprawiają hazard problemowo, a równocześnie są uzależnione od alkoholu.

Uogólnione poczucie własnej skuteczności w ocenie pacjentów z podwójnym rozpoznaniem jest istotnie niższe niż w pozostałych grupach.

Analiza korelacji między badanymi zmiennymi (Tab. II) potwierdza przewidywane zależności. Popędliwość pozostaje w silnym związku z lękiem jako cechą oraz w negatywnym związku z poczuciem własnej skuteczności. Natomiast przezorność, a także wytrwałość ujemnie koreluje z lękiem oraz pozytywnie z poczuciem własnej skuteczności. Najsłabsze, nieistotne związki wystąpiły między potrzebą doznań a pozostałymi badanymi zmiennymi. Związki między wymiarami impulsywności są zgodne z wynikami badań autorów testu UPPS, to znaczy przezorność i wytrwałość pozostają w silnym pozytywnym związku, natomiast ich relacja z popędliwością jest silnie negatywna.

Sprawdzono także, stosując regresję krokową, które z badanych zmiennych pełnią rolę predyktorów uprawiania problemowego hazardu (Tab. III). Analizę tę przeprowadzono łącznie dla obu grup osób uprawiających problemowo hazard. Zmienną niezależną była intensywność objawów znamiennych dla hazardu problemowego, czyli wynik uzyskany w skali CPGI, natomiast w zestawie zmiennych wyjaśniających były: cztery składniki impulsywności, lęk jako cecha oraz poczucie własnej skuteczności. Spośród wprowadzonych zmiennych predyktorem okazał się tylko lęk, zaś zależność między uprawianiem hazardu problemowo a lękiem jest silna i dodatnia ($\beta = 0,49$). Lęk wyjaśnia 23% wariancji zmiennej zależnej.

Przeprowadzono także analizę regresji w celu poszukiwania predyktorów lęku. Zastosowano regresję liniową krokową, wprowadzając jako zmienne wyjaśniające cztery wymiary badane skalą impulsywności, a także poczucie własnej skuteczności. Analizę tę przeprowadzono łącznie dla obu grup osób uprawiających hazard problemowo, a także osobno dla grupy osób nieuzależnionych. Rezultaty przedstawione są w tabelach IV i V.

[1] Miejski Ośrodek Terapii Uzależnień ul. Mostowa 1, Bielsko-Biała, WOLMED Klinika Psychiatryczna i Terapii Uzależnień Dubie 1. Grupę badaną stanowili pacjenci, u których doświadczeni psychiatrzy postawili rozpoznanie patologicznego hazardu (F63 wg ICD-10).

Tabela I
Różnice między poziomem badanych zmiennych w czterech badanych grupach (N = 157)
Table I
Differences between studied variables levels in four studied groups (N = 157)

Zmienne / *Variables*	Uprawiający hazard problemowo / *problem gambling* (N = 64)		Uprawiający hazard problemowo i uzależnieni od alkoholu / *problem gambling and alcohol dependent* (N = 23)		Uzależnieni od alkoholu / *alcohol dependent* (N = 30)		Nieuzależnieni / *non-dependent* (N = 40)		$F_{(3,154)}$
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
PP	39,81	7,69	44,25	6,97	37,94	7,81	30,62	5,13	22,297***
PRZ	29,77	6,27	28,76	6,62	31,30	5,81	34,20	5,88	5,40**
WYTR	22,05	4,41	22,17	4,17	23,53	7,74	25,37	4,34	2,402
PD	32,12	7,07	35,72	6,76	28,50	8,34	33,6	7,46	4,479**
L	48,59	6,29	52,27	6,65	47,36	7,81	40,15	5,23	21,135***
GPWS	27,73	5,22	24,4	4,77	27,5	5,23	30,36	4,45	6,943***

Poziom istotności / *level of significance* *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05
PP – popędliwość / *urgency*, PRZ – przezorność / *premeditation*, WYTR – wytrwałość / *perseverance*, PD – poszukiwanie doznań / *sensation seeking*, L – lęk / *anxiety*, GPWS – globalne poczucie własnej skuteczności / *generalised self-efficacy*, F – wartość testu Snedecora / *Snedecor test value*

Tabela II
Korelacje między badanymi zmiennymi
Table II
Correlation between studied variables

	PP	PD	PR	W	L	PWS
Popędliwość (PP) / *Urgency*						
Poszukiwanie doznań (PD) / *Sensation seeking*	0,170					
Przezorność (PR) / *Premeditation*	-0,508***	-0,071				
Wytrwałość (W) / *Perseverance*	-0,398***	0,101	0,568***			
Lęk – cecha (L) / *Anxiety*	0,745***	0,073	-0,566***	-0,452***		
Poczucie własnej skuteczności (PWS) / *Self-Efficacy*	-0,530***	0,068	0,469***	0,369***	-0,637***	

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Tabela III
Model końcowy krokowej regresji wielozmiennowej dla hazardu (skala CPGI) u osób uprawiających hazard problemowo (N = 87)
Table III
Final multivariate stepwise regression model for gambling (CPGI) among problem gamblers (N = 87)

Zmienna / *Variable*	R	R^2	Skorygowany / *Corrected* R^2	$F_{(2,85)}$	B	β	$t_{(85)}$
Lęk – suma / Anxiety	0,493	0,244	0,235	28,326***	0,393	0,493	5,322***

*** p < 0,001
zmienne wyjaśniające wprowadzane do modelu: popędliwość, poszukiwanie doznań, przezorność, wytrwałość, lęk, poczucie własnej skuteczności; *explanatory variables*: *urgency*, *sensation seeking*, *premeditation*, *perseverance*, *anxiety*, *self-efficacy*
R – współczynnik korelacji / *correlation coefficient*, R2 – współczynnik determinacji / *determination coefficient*, B – niestandaryzowany współczynnik regresji / *non-standardised regression coefficient*, β – standaryzowany współczynnik regresji / *standardised regression coefficient*, t – wartość testu t – *test t value*

Chociaż żaden z wymiarów impulsywności nie pełni roli predyktora uprawiania hazardu problemowo, to jednak popędliwość (zależność dodatnia), poczucie własnej skuteczności (zależność ujemna) oraz wytrwałość (także zależność ujemna) są predyktorami lęku. Wszystkie te zmienne łącznie wyjaśniały ponad 57% wariancji wyników zmiennej lęku. W świetle powyższego, uprawianie hazardu problemowo pozostaje w bezpośrednim związku z lękiem i pośrednim związku (poprzez wyjaśnianie lęku) z popędliwością, poczuciem własnej skuteczności oraz wytrwałością. Dla zweryfikowania powyższej zależności przeprowadzono także analogiczną analizę regresji na podstawie wyników uzyskanych przez osoby nieuzależnione. Zmienną wyjaśniającą wariancję cechy lęku jest tylko przezorność (R^2 = 0,186). Zależność ta jest ujemna, co oznacza, że poziom lęku jako cechy znamienny dla osób nieuzależnionych pozostaje w związku ujemnym z przezornością. Zatem niski lęk „sprzyja przezorności".

Omówienie wyników i wnioski

Przedstawiona wyżej analiza tylko częściowo potwierdza postawione hipotezy. Chociaż pojawia się istotna różnica w poziomie impulsywności między badanymi grupami, to jednak w świetle tych badań nie ma podstaw dla uznania, że impulsywność jest predyktorem uprawiania hazardu problemowo.

Porównanie czterech analizowanych grup pozwala też zauważyć istotne różnice między osobami uprawiającymi hazard problemowo a uzależnionymi od alkoholu. Impulsywność tych drugich jest znacząco niższa w porównaniu z impulsywnością osób uprawiających problemowo hazard, czego przejawem jest istotnie niższy poziom popędliwości oraz potrzeby doznań. Potrzeba doznań jest zbliżona w grupie osób uprawiających hazard problemowo, osób z podwójnym rozpoznaniem i osób nieuzależnionych. Jedyna istotna różnica pojawia się przy porównaniu osób z podwójną

Tabela IV
Model końcowy krokowej regresji wielozmiennowej dla lęku u osób uprawiających hazard problemowo (N = 87)
Table IV
Final multivariate stepwise regression model for anxiety among problem gamblers (N = 87)

Zmienne / *Variables*	R	R^2	Skorygowany / *Corrected* R^2	$F_{(4,83)}$	B	β	$t_{(4,83)}$
Popędliwość / *Urgency*	0,660	0,435	0,427	53,135***	0,445	0,398	4,278***
PWS / *Self-efficacy*	0,750	0,562	0,549	43,592***	-0,642	-0,368	-3,915**
Wytrwałość / *Perseverance*	0,771	0,595	0,577	31,816***	-0,303	-0,199	-2,345*

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05
zmienne wyjaśniające wprowadzane do modelu: popędliwość, przezorność, poszukiwanie doznań, wytrwałość, poczucie własnej skuteczności; *explanatory variables: urgency, premeditation, sensation seeking, perseverance, self-efficacy*

Tabela V
Model końcowy krokowej regresji wielozmiennowej u osób nieuzależnionych (N = 40)
Table V
Final multivariate stepwise regression model for non-dependent persons (N = 40)

Zmienna / *Variable*	R	R^2	Skorygowany / *Corrected* R^2	$F_{(2,38)}$	B	β	$t_{(2,38)}$
Przezorność / *Premeditation*	0,456	0,208	0,186	9,601**	-0,529	-0,456	3,11**

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05
zmienne wyjaśniające wprowadzane do modelu: popędliwość, przezorność, poszukiwanie doznań, wytrwałość, poczucie własnej skuteczności; *explanatory variables: urgency, premeditation, sensation seeking, perseverance, self-efficacy*

diagnozą i uzależnionych od alkoholu, na rzecz istotnie niższego zapotrzebowania na stymulację w grupie tych ostatnich. Ten rezultat nie potwierdza hipotezy o wysokiej potrzebie doznań wśród osób uprawiających hazard problemowo, ponieważ podobne zapotrzebowanie przejawiają też osoby z grupy kontrolnej (nieuzależnionej), aczkolwiek współwystępowanie uprawiania problemowo hazardu z równoczesnym uzależnieniem od alkoholu wyraźnie podwyższa zapotrzebowanie na stymulację. Rezultaty osób z grupy uzależnionych od alkoholu pozostają też w sprzeczności z wynikami uzyskanymi przez Lejoyeuxa i wsp. [21], w świetle których uzależnienie do alkoholu pozostaje w związku z potrzebą poszukiwania doznań. Rezultaty badań opisanych w niniejszym artykule stają się bardziej zrozumiałe w zestawieniu z wnioskami wypływającymi z badań Whiteside'a i Lynama [22], które dotyczyły pomiaru impulsywności w dwóch grupach osób uzależnionych od alkoholu z niskim i wysokim poziomem cech antysocjalnych. Obie grupy wykazywały wyższy poziom popędliwości w porównaniu z grupą kontrolną, jednak ich zapotrzebowanie na doznania było zróżnicowane. Tylko osoby z wysokim nasileniem cech antysocjalnych przejawiały wyższe zapotrzebowanie na doznania (*sensation seeking*), natomiast zapotrzebowanie osób z niskim nasileniem cech antysocjalnych było bardzo zbliżone do zapotrzebowania osób z grupy kontrolnej.

W świetle badań Whiteside'a i Lynama zapotrzebowanie na doznania występuje wśród osób uzależnionych od alkoholu z cechami antysocjalnymi. Rezultat opisany w moich badaniach może być zatem spowodowany przewagą – w grupie osób uzależnionych od alkoholu – pacjentów bez antysocjalnych zaburzeń osobowości. Wydaje się to możliwe również dlatego, że wśród badanych zdecydowanie przeważały osoby, które przyznawały, że mają problem alkoholowy i wyrażały chęć podjęcia leczenia, podczas gdy osoby z antysocjalnym rysem osobowości stają się pacjentami raczej w sytuacji nakazu sądowego. Niestety, dostępne dane nie pozwalają na weryfikację tych przypuszczeń.

Potwierdzeniem interpretacji Whiteside'a i Lynama jest specyficzność rezultatów osób o podwójnej diagnozie. Ich wyniki świadczą o najwyższym, w porównaniu z innymi, zapotrzebowaniu na stymulację, co mogłoby świadczyć o intensyfikacji tego zapotrzebowania przez dwa czynniki: hazard i alkohol.

Badania potwierdziły hipotezę 1.2: lęk doświadczany przez osoby uprawiające problemowo hazard oraz uzależnione od alkoholu jest istotnie wyższy – w porównaniu z lękiem osób nieuzależnionych.

Wbrew oczekiwaniom (hipoteza 2), jedynym predyktorem hazardu problemowego okazał się lęk jako cecha. Zmienna ta pozostaje w silnym związku negatywnym z poczuciem własnej skuteczności oraz pozytywnym – z popędliwością.

Hipoteza dotycząca poczucia własnej skuteczności znalazła częściowe potwierdzenie: osoby z podwójnym rozpoznaniem mają istotnie niższe poczucie własnej skuteczności w porównaniu z pozostałymi. Ten rezultat koresponduje z wynikami badań Vierhausa i wsp. [23], zgodnie z którymi osoby uprawiające patologicznie hazard charakteryzuje niskie poczucie własnej wartości rekompensowane przez nadzieje związane z grą. Zdecydowana większość badanych uprawiających patologicznie hazard podawała, że podczas gry jest nią całkowicie zaabsorbowana oraz doświadcza pozytywnej ekscytacji i pobudzenia. Biorąc pod uwagę wysoki poziom ich podatności na doświadczanie lęku, podane wyżej doznania z uprawiania hazardu stają się skutecznym sposobem radzenia sobie z napięciem i niepokojem.

Dyskusyjność i niejednoznaczność niektórych omówionych wyżej wyników świadczy o konieczności uwzględnienia w badaniach szczegółowej typologii osób uprawiających hazard lub uzależnionych od alkoholu. Wydaje się to konieczne dla uściślenia wiedzy o patogenezie zaburzeń u różnych typów osób uprawiających hazard i/lub uzależnionych od alkoholu, a także ułatwiające zróżnicowanie form skutecznej pomocy. Badania potwierdziły rolę hazardu problemowego jako nieadaptacyjnej formy regulacji stymulacji i radzenia sobie z emocjami, a także istotność roli lęku jako predyktora zagrożeń hazardem problemowym.

Opisane badania mają pewne ograniczenia. Jednym z istotnych jest brak zobiektywizowanego wskaźnika braku uzależnień w grupie osób nieuzależnionych. Wydaje się jednak, że ze względu na typową dla osób uzależnionych tendencję do zaprzeczania uzależnieniu, zobiektywizowanie ich autodiagnozy w sytuacji dobrowolności udziału jest bardzo trudne (o ile w ogóle możliwe). Kolejnym ograniczeniem prezentowanych badań jest stosunkowo mała liczebność badanych grup, jak również przekrojowy charak-

ter badań. Z tego tytułu trzeba traktować otrzymane wyniki z należytą ostrożnością. Mają one znaczenie z racji niewielkiej liczby badań porównawczych, a także wyraźnie wskazują na potrzebę badań weryfikujących zauważalne niejednoznaczności. Mam świadomość pewnej nieadekwatności skali do badania globalnego poczucia własnej skuteczności w odniesieniu do osób uprawiających hazard problemowo, ponieważ głównie interesowało mnie poczucie własnej skuteczności związane z uprawianiem hazardu. Uogólnione poczucie własnej skuteczności mogło być również modyfikowane przez drugi istotny czynnik, a mianowicie przez fakt, że osoby badane były w trakcie terapii, której jednym z podstawowych celów było wykazanie przypadkowości wygranej, czyli tego, że znajduje się ona poza świadomą kontrolą. Uznanie własnej niemożności wpływu na wynik gry prawdopodobnie modyfikowało uogólnione poczucie własnej skuteczności. Optymalnym rozwiązaniem byłyby badania longitudinalne, pozwalające na kilkakrotny pomiar, a także uwzględniające szczegółowe zdiagnozowanie typów osób uprawiających hazard i uzależnionych od alkoholu.

Wkład pracy autorów / Authors' contributions

Nie występują zjawiska *ghostwriting* i *guest authorship* / No ghostwriting and guest authorship declared

Konflikt interesów / Conflict of interest

Nie występuje / None declared

Finansowanie / Financial support

Wszelkie koszty pokryte ze środków własnych autora / The research was financed by the author own sources

Etyka / Ethics

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej odnoszącymi się do badań z udziałem ludzi, dyrektywami EU dotyczącymi ochrony zwierząt używanych do celów naukowych, ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych oraz z zasadami etycznymi określonymi w Porozumieniu z Farmington w 1997 roku.

The work described in this article has been carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) on medical research involving human subjects; EU Directive (210/63/EU) on protection of animals use of scientific purposes; Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals; the ethical principles defined in the Farmington Consensus of 1997.

Piśmiennictwo / References

[1] Woronowicz BT (2012) Hazard – czym jest i co należy o nim wiedzieć. In: Woronowicz BT (ed.) *Hazard historia, zagrożenia i drogi wyjścia*. Poznań: Media Rodzina, 17–118.
[2] Orford J (2014) Problem Gambling and other Behavioural Addictions. V.1.0 Foresight Brain Science, Addiction and Drug project, 1–40.
[3] Orford J, Morison V, Somers M (1996) Drinking and gambling: a comparison with implications for theories of addiction. *Drug and Alcohol Review*, 15:47–56.
[4] Orford J (2001) *Excessive Appetites*: A Psychological View of Addictions, 2nd Edition. Chichester: Wiley.
[5] American PsychiatricAssociation (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5™).
[6] Blaszczynski A, Nower LA (2002) Pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5):487–499.
[7] Alvarez-Moya EM, Jimenez-Murcia S, Aymami MN, Gómez-Peña M, Granero R, Santamaría J et al (2010) Subtyping study of a pathological gamblers sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55:498–506.
[8] Ledgerwood DM, Petry NM (2010) Subtyping Pathological Gamblers Based on Impulsivity, Depression and Anxiety. *Psychology of Addictive Behaviours*, 24(4):680–688.
[9] Sharma L, Kohl K, Morgan TA, Clark LA (2013) "Impulsivity": relations between self-report and behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(3):559–575.
[10] Eysenck SB, Eysenck HJ (1978) Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Report*, 43(3):1247–1255.
[11] Eysenck HJ, Eysenck MW (1985) *Personality and individual differences: a natural science approach*. New York: Plenum Press.
[12] Blaszczynski A, Nower L (2006) Gambling and impulse disorders. In: Andrasik F (ed.) *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*. New Jersey: John Wiley& Sons, 370–388.
[13] Whiteside SP, Lynam DR (2001) The Five Factor Model and Impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
[14] Sosnowski T (1977) Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu C.D. Spielbergera. *Przegląd Psychologiczny*, 2:349–360.
[15] Juczyński Z (1998) Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja Zdrowia. Nauki społeczne i medycyna*, 14:54–63.
[16] Juczyński Z (2001) *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
[17] Griffiths MD (1994) The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology*, 85:351–369.
[18] Toneatto T, Blitz-Miller T, Calderwood K, Dragonetti R, Tsanos A (1997) Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13:253–266.
[19] Golińska L (in press) Polska adaptacja skali UPPS Whiteside'a i Lynama do badania impulsywności. In: Skłodowski H (ed.) *Wyzwania psychologii biznesu w wymiarze międzykulturowym*. Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk.
[20] Sosnowski T, Wrześniewski K (1983) Polska adaptacja inwentarza STAI do badania stanu i cechy lęku. *Przegląd Psychologiczny*, 26:393–412.
[21] Lejoyeux M, Feuche N, Loi S, Solomon J, Ades J (1998) Impulse control disorders in alcoholics are related to sensation seeking and not to impulsivity. *Psychiatry Research*, 81:149–155.
[22] Whiteside SP, Lynam DR (2009) Understanding the Role of Impulsivity and Externalizing Psychopathology in Alcohol Abuse: Application of the UPPS Impulsive Behaviour Scale. *Personality disorders: Theory, Research and Treatment*, 5(1):69–79.
[23] Vierhaus M, Ewering J, Klein F,Ködding C, Petry J (2012) Zuch Validität des Modells zur psychischen Vulnerabilität der Glücksspielsucht. *Sucht*, 58(3):183–193.